



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

**FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL
CONTROL PRENATAL, AZOGUES 2017.**

PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

AUTORAS:

MAYRA ALEXANDRA NAULA ZHANGALLIMBAY. C.I 0301935573
MARÍA AUXILIADORA PACHECO MARCA. C.I 0106940125

DIRECTORA:

LCDA. NUBE JANETH CLAVIJO MOROCHO C.I 0105200435

CUENCA-ECUADOR
2018



RESUMEN

Antecedentes: el control prenatal se enfoca en el análisis de la correcta evolución del embarazo, detecta oportunamente riesgos, y brinda recomendaciones necesarias que permitan el desarrollo saludable de la madre y el hijo/a. La no asistencia de las gestantes al respectivo control puede estar relacionada con factores sociales y psicológicos, entre los factores sociales está la edad, estrato social y aspectos económicos.

Objetivo General: determinar los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal, Azogues 2017.

Metodología: se realizó un estudio prospectivo con enfoque cuantitativo, con universo de 265 gestantes para lo cual se aplicó un cálculo muestral probabilístico con un nivel de confianza del 95% y como resultado se trabajó con una muestra de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues en los meses de agosto, septiembre y octubre. La técnica fue el llenado de una encuesta. Los resultados se exponen en tablas de frecuencias, porcentajes y resultados.

Resultados: el 20,3% de las gestantes tienen una edad entre 15 y 19 años, prevalece un nivel de educación secundaria completa (40,6), un 46,1% son amas de casa, así mismo el 50,4% tienen un nivel socioeconómico medio bajo. En relación al nivel de la autoestima el 89% tiene un bajo nivel de autoestima, y de ansiedad – estado (97,3%) y ansiedad – rasgo (92,9%); 96,1% tienen un inicio precoz de control prenatal.

Conclusiones: se rechaza la hipótesis nula, puesto que el único factor que influye en el control prenatal es el nivel de autoestima.

Palabras clave: CONTROL PRENATAL, FACTORES SOCIALES, FACTORES PSICOLOGICOS, RIESGOS.



ABSTRACT

Background: the prenatal care focuses on analyzing the correct evolution of pregnancy, timely detection of risks, and provides necessary recommendations to allow the healthy development of the mother and child. The absence of the pregnant women to the respective control can be related to social and psychological factors, between the social factors this the age, social stratum and economic aspects; while within the psychological the disorders such as anxiety and self-esteem.

General objective: determine the psychological and social factors influencing prenatal care, Azogues 2017.

Methodology: An analytical, prospective study with a quantitative approach was carried out, with a universe of 265 pregnant women, for which a probabilistic sample calculation was applied with a 95% confidence level. As a result, 128 pregnant women attended the Azogues Health Center in June, July and August. The technique was the filling of a survey. The instruments that were used were the one from Quelopana that would allow identification of social factors, and to identify the psychological factors, the Rosenberg test and the STAI (Trait Anxiety Inventory) questionnaire were applied.

Results: 20.3% of pregnant women are between 15 and 19 years old, a completed secondary education level prevails (40.6), 46.1% are housewives, and 50.4% have a level socioeconomic low in relation to the level of self-esteem, 89% have a low level of self-esteem, and state anxiety (97.3%) and anxiety-trait (92.9%); 96.1% have an early start of prenatal control.

Conclusions: the null hypothesis is rejected, the factor that influences the prenatal control is the level of self-esteem.

Key words: PRENATAL CARE, SOCIAL FACTORS, PSYCHOLOGICAL FACTORS, RISKS.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	14
1.1 Introducción.....	14
1.2 Planteamiento del problema.....	15
1.3 Justificación.....	16
CAPÍTULO II	19
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	19
2.1 Control prenatal	19
2.1.1 Antecedentes históricos.....	19
2.1.2 Definición	19
2.2 Factores sociales	21
2.3 Factores psicológicos	23
CAPÍTULO III	27
OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo general.....	27
3.2 Objetivos específicos	27
CAPÍTULO IV	28
DISEÑO METODOLÓGICO	28
4.1 Tipo de investigación	28
4.2 Tipo de estudio	28
4.3 Área de estudio.....	28
4.4 Universo y muestra	28
4.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	29
4.5.1 Criterios de inclusión.....	29
4.5.2 Criterios de exclusión.....	29
4.6 Variables.....	29



4.7 Marco analítico	30
4.7.1 Relación entre variables	30
4.8 Métodos, técnicas e instrumentos	30
4.9 Procedimientos	31
4.10 Plan de tabulación y análisis.....	31
4.11 Aspectos éticos.....	32
CAPÍTULO V	33
RESULTADOS	33
CAPÍTULO VI	47
DISCUSIÓN	47
CAPÍTULO VII.....	49
CONCLUSIONES.....	49
7.1 Conclusiones	49
7.2 Recomendaciones	50
7.3 Limitaciones.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	58
ANEXO N° 1: Consentimiento Informado	58
ANEXO N° 2: Asentimiento Informado	60
ANEXO N° 3: Encuesta	61
ANEXO N° 4: Operacionalización de Variables	74
ANEXO N° 5: Cronograma de Actividades	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	33
Tabla 2:	33
Tabla 3:	34
Tabla 4:	34
Tabla 5:	35



Tabla 6:	35
Tabla 7:	36
Tabla 8:	36
Tabla 9:	37
Tabla 10:	37
Tabla 11:	38
Tabla 12:	39
Tabla 13:	39
Tabla 14:	40
Tabla 15:	41
Tabla 16:	41
Tabla 17:	42
Tabla 18:	43
Tabla 19:	44
Tabla 20:	46



Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio

Institucional

Yo, Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL PRENATAL, AZOGUES 2017.”** De conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de febrero de 2018

MAYRA ALEXANDRA NAULA ZHANGALLIMBAY

CI: 0301935573



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay, autora del proyecto de investigación **“FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL PRENATAL, AZOGUES 2017.”** Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 19 de febrero de 2018

MAYRA ALEXANDRA NAULA ZHANGALLIMBAY

CI: 0301935573



Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio

Institucional

Yo, María Auxiliadora Pacheco Marca, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL PRENATAL, AZOGUES 2017.”** De conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de febrero de 2018

MARÍA AUXILIADORA PACHECO MARCA

CI: 0106940125



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, María Auxiliadora Pacheco Marca, autora del proyecto de investigación **“FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL PRENATAL, AZOGUES 2017.”** Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 19 de febrero de 2018

MARÍA AUXILIADORA PACHECO MARCA

CI: 0106940125



AGRADECIMIENTO

La culminación de esta meta, no habría sido posible sin el apoyo recibido de muchas personas e instituciones, por ello, queremos agradecer a la Universidad de Cuenca por la oportunidad que nos ha brindado para formarnos y ser profesionales. A nuestra directora y asesora de tesis, Lcda. Janeth Clavijo, quien con su dedicación, esfuerzo, experiencias y conocimiento nos supo guiar durante el desarrollo de este trabajo; de igual manera, a todos nuestros docentes, quienes con su pasión y entusiasmo durante nuestra carrera profesional nos han aportado con sus conocimientos para nuestra formación.

Agradecemos al Centro de Salud Azogues, quien nos abrió las puertas para recopilar la información requerida para llevar a cabo la presente investigación; finalmente, agradecemos a nuestras familias, por el apoyo moral recibido que nos incentivó a seguir adelante en esta etapa de preparación.

Mayra y María



DEDICATORIA

A Dios, quien me dio la oportunidad de vivir y guiarme en el camino, dándome fuerzas para seguir adelante y poder alcanzar una meta anhelada. A mis Padres, por darme la vida, creer en mí, ayudarme con los recursos necesarios, por todo el apoyo, amor, y comprensión durante esta hermosa carrera, a ellos se los debo todo ya que sin ellos no hubiese podido cumplir con esta etapa. A mis abuelitos, Isaura y Manuel por guiarme y enseñarme a ser quien soy, abuelita por todo el amor incondicional; por el apoyo y sus consejos a ustedes mil gracias. A todos mis familiares, por el gran apoyo los doy gracias de corazón.

Mayra Naula



DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y sabiduría de seguir con mi carrera que me dio las fuerzas de seguir en adelante y no decaer en los obstáculos que se me presentaron durante mi carrera.

A mi Mami Inés por estar conmigo en cada etapa de mi vida por sus consejos, amor, comprensión apoyo que siempre estuvo conmigo desde mi nacimiento, su apoyo económico para mis estudios, en los momentos difíciles siempre está a mi lado mamita linda.

A mi Hermana Sandra y Hermano Jonnathan por su amor entendimiento por todos sus consejos por acompañarme en cada momento de mi vida apoyarme en mi carrera.

A mi Esposo Juan, por apoyarme económicamente por darme palabras de aliento para seguir y culminar mi carrera siempre estar pendiente de mí, por sus consejos.

A mi Familia, por sus consejos apoyo que siempre estuvieron pendiente de mí.

María Pacheco



CAPÍTULO I

1.1 Introducción

La asistencia de las gestantes a realizarse el respectivo control prenatal minimiza el número de muerte de madres y niños durante el embarazo (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la mayor adherencia al control prenatal ha permitido disminuir la tasa mundial de mortalidad materna ya que, en el año 2013 esta tasa fue 210 muertes por cada 100.000 nacidos vivos frente a las 380 muertes registradas en 1990 lo que representa una reducción de aproximadamente 45%. Sin embargo, esta organización afirma que las cifras aún siguen siendo elevadas a pesar de los avances en equipos, medicamentos y servicios adecuados existentes para este proceso (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el control prenatal es importante para preservar la salud de la gestante y del bebé durante el embarazo, lo cual requiere más y mejores servicios de salud, que proporcionen una comunicación eficaz sobre cuestiones de apoyo social, cultural, emocional y psicológico a las mujeres embarazadas (3).

De acuerdo a Martínez, Mayorga y Quevedo, el control prenatal es una de las principales estrategias de intervención que promueven la salud materno-fetal, considerándolo como un tema de gran importancia en el sistema general de salud en el mundo. Afirman que el cumplimiento del cuidado prenatal está condicionado a ciertos factores sociales y psicológicos propios de la gestante, los cuales aumentan la probabilidad de posibles complicaciones materno-fetales que se presentan durante el proceso de gestación (4).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) mediante la aplicación del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal busca identificar y eliminar los factores de riesgo que afectan la adherencia al control prenatal optimizando el acceso informado a los servicios de salud y comunicación de los derechos sexuales y reproductivos de las embarazadas con la finalidad de disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en el Ecuador (5).



Dentro del ámbito local, González establece que en el Área de Salud N° 1 Azogues existe una cobertura de atención de controles prenatales de 72,35% dando un control de 2 a 2,9 controles, existiendo una gran brecha con el número de control óptimo que es de 13 controles prenatales (6). Estos resultados motivan a llevar la investigación de los factores sociales y psicológicos que influyen en el control prenatal en el cantón Azogues.

1.2 Planteamiento del problema

Saavedra afirma que los controles prenatales son esencialmente importantes en la salud de la madre y el hijo puesto que permiten evitar eventos desastrosos, por ejemplo, al momento de detectar complicaciones, se puede evitar tener como consecuencia un parto pre-término, o identificar la presencia de proteinuria, que podría adelantar un diagnóstico de pre-eclampsia (7).

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) sostiene que, entre los factores determinantes asociados a la morbilidad materna está el control prenatal, ante ello, la cobertura de atención prenatal es alto en algunos países de América Latina y el Caribe, sin embargo, en algunos países como Belice apenas el 14% del total de consultas médicas de natalidad se realizaron en el periodo adecuado (8).

De acuerdo a la Unicef la adherencia al control prenatal permite un adecuado desarrollo de la salud de la madre y el niño, sin embargo, la inasistencia podría no tomar en cuenta problemas que afectan el desarrollo óptimo del recién nacido y la salud de la madre. Por otro lado, la asistencia al control prenatal está en función de varios factores sociales y psicológicos (9).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) afirma que la mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo, siendo fundamental para ello contar con un servicio de salud adecuado y acudir periódicamente a los controles prenatales (10).

En el Ecuador, de acuerdo al Ministerio de Salud Pública, en el año 1990 la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 154 por 100.000 nacidos vivos;

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



para el año 2014 la Razón de Mortalidad Materna fue de 49,16 por 100.000 nacidos vivos, dando como resultado una reducción de 68%. El 14% de niños nacen con problemas de desnutrición, factor que aumenta el riesgo de complicaciones y muertes durante el embarazo, parto, posparto, nacimiento y primer mes de vida; estos datos son preocupantes ya que el 57% de las muertes neonatales tienen que ver con la inasistencia al control prenatal (11).

En este sentido, se destaca la importancia del control prenatal, tanto para la madre como para el hijo que está por nacer, dado que, a través del servicio prestado a la mujer embarazada se garantiza que ésta procure un mejor cuidado y alimentación, así como estar alerta a cambios y situaciones que requieran de la atención u orientación médica, mejorando así las condiciones de prevención y salud en el embarazo. El control prenatal contribuye a que las mujeres embarazadas mejoren sus hábitos alimentarios, el cual se reforzará con las vitaminas que usualmente se recomiendan para el embarazo. Además, mediante la asistencia recibida en el control prenatal, la mujer recibe apoyo por parte de los profesionales de medicina y enfermería, mediante el seguimiento entre los controles realizados, a través de los cuales se puede referir a la mujer, a tiempo, a servicios de atención psicológica u otros que sean pertinentes (12).

A partir de este análisis, nos planteamos **la siguiente pregunta de investigación:** ¿Cuáles son los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal, Azogues 2017?

1.3 Justificación

En Latinoamérica el 73% de mujeres en gestación asisten al menos a una consulta de control prenatal, asimismo se establece una prevalencia de asistencia de 38% y 69 % con un promedio de cuatro consultas por gestante, donde los principales factores de inasistencia descubiertos son: edad, bajos ingresos, multiparidad, bajo nivel de educación, y bajas condiciones socioeconómicas y de salubridad (13).



El control prenatal durante la maternidad ha cambiado en gran medida, se ha visto un incremento en la eficiencia de los cuidados tomando en cuenta los factores que influyen en la asistencia a estos controles tales como, factores sociales, psicológicos; lo que ha cobrado gran importancia ya que está dirigido a la población sana durante un proceso fisiológico importante y trascendental en la vida de las mujeres, sus parejas, bebés y familias (14).

En el ámbito social, la socialización de esta investigación contribuirá a que las madres gestantes tengan conocimiento de los factores psicológicos y sociales que pueden poner en riesgo tanto su vida como la de su hijo durante el proceso del embarazo, así como también podrán entender la importancia de asistir a su respectivo control prenatal. Todo esto se sustenta en el estudio realizado por Cogollo en el año 2012, la cual llegó a la conclusión de que asistir a los controles prenatales tardío de las mujeres es debido a factores psicológicos, pues la mujer al enterarse de su embarazo tiende a alterar su salud mental, especialmente con su autoestima y ansiedad (15).

De esta manera, Quelopana considera que a pesar de los beneficios que conduce el control prenatal, no existe la concurrencia necesaria por parte de las gestantes; es así que plantea la existencia de factores psicológicos que se asocian significativamente con el inicio tardío al control prenatal, entre estos están: la ansiedad y autoestima (16).

En el Perú, Ponce manifiesta que el índice de incumplimiento del control prenatal se debe a factores sociales, entre ellos: edad, estado civil, grado de instrucción, distancia de vivienda al centro de salud, ocupación de la gestante, ingresos económicos, propiedad de la vivienda, nivel de conocimiento de control prenatal, creencias, y prácticas tradicionales (17).

En Ecuador, el MSP afirma que la mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la embarazada se acostumbra a llevar periódicamente un control prenatal de su embarazo, ya que permite identificar los peligros y las complicaciones a tiempo. Entre los principales factores de riesgo están los psicosociales, especialmente en adolescentes puesto que están expuestas a

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



sufrir violencia psicológica, sumado a ello las consecuencias sociales y económicas derivadas por su edad (10).

Según un estudio realizado por Díaz y Girart, en neonatos evidencio que el 66,04% de sus madres no se realizaron el control prenatal o lo hicieron de forma inadecuada trayendo consigo la morbilidad. Por lo que se reflexiona que al realizar los controles prenatales se pueden identificar los problemas existentes en la madre gestante y evitar desenlaces desastrosos, tanto para ellas como para sus hijos (18).

En 2012, González Galora elaboró un proyecto de intervención dirigido a mejorar e incrementar las coberturas de atención del control prenatal en las mujeres embarazadas que asisten a la unidad operativa del Área de Salud No. 1 de Azogues. La finalidad del estudio fue intervenir a través de la capacitación y la actualización de conocimientos técnicos, científicos y normativos de atención del personal de salud para brindar atención integral y oportuna a la mujer embarazada (19). Puntualizando podemos decir que la intervenciones de este estudio fue satisfactoria al incrementar las coberturas de los controles prenatales, sin embargo al realizar nuestra investigación ayudara a determinar si los factores psicológicos y sociales influyen en el control prenatal.

No se encontraron estudios previos sobre los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal en la ciudad de Azogues, por lo que la presente investigación establecerá un hito de comparación para posteriores investigaciones.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Control prenatal

2.1.1 Antecedentes históricos

Alfaro, Villaseñor, Valadez, Guzmán y González afirman que los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada se remontan a los inicios de la raza humana, la cual ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente han sido concebidas en un entorno de mitos y tabúes (20). A pesar de aquello, Benítez sostiene que, a principios del siglo XX con el fin de mejorar la atención en el diagnóstico y tratamiento prenatal, así como de detectar complicaciones materno-fetales, se planteó la necesidad de un sistema de vigilancia prenatal que pudiese ser aplicado a gran escala y de manera sistematizada, lo cual permitió la introducción de la atención prenatal como tal (21).

Benítez recalca que este sistema de atención prenatal es aplicado a nivel mundial, recomendando una primera visita en la semana 16 de embarazo, después a las 24 y 28 semanas, y posteriormente cada 15 días hasta la semana 36 de gestación, pasando a partir de entonces a ser vistas cada 7 días hasta el parto. La mayor concentración de visitas en el último trimestre de embarazo tiene que ver con el mayor número de complicaciones que se presentan en este periodo y que no pueden ser detectadas con anterioridad (21).

2.1.2 Definición

Asprea, García y Nigri refieren Control Prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza (22).

En cambio, el Ministerio de Salud de Colombia considera que el Control Prenatal es aquel proceso el cual se encarga de identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo (23).

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador define Control Prenatal (CPN) como el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a (24).

Escobar, Guzmán y Córdoba evidenciaron que, 48,3% de gestantes iniciaron su atención prenatal después de las 14 semanas de gestación, en comparación a las que iniciaron antes de las 14 semanas (51,7%); estos resultados nos demuestran que hay un porcentaje considerable de pacientes que acude tardíamente a la atención prenatal (25).

En un estudio realizado por Navarro se ha observado que en el Centro de Salud Leonor Saavedra, el 46.3% de las gestantes inicia su atención prenatal de una manera tardía (a las 14 semanas o después), lo que significa que existe un gran porcentaje de mujeres que retrasan su asistencia al control prenatal (26).

Mendoza, Arias, Peñaranda, Mendoza, Manzano y Verela, encontraron que el grupo de adolescentes reportan un inicio tardío y una baja adherencia al control prenatal, en comparación con controles de gestantes adultas (27). De igual manera, Vieira, Coeli, Pinheiro, Brandão, Camargo y Aguiar, sostienen que el grupo de mujeres embarazadas adolescentes tienen un bajo nivel de adherencia al control prenatal (28).

Según la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia de Argentina, más de 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan al parto sin control prenatal alguno. Del total de mujeres que realizan su



control prenatal, apenas una cuarta parte, inicia los controles durante el primer trimestre y menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en la preparación para emprender el embarazo (29).

Los problemas de cobertura y calidad de control prenatal son muchos, un estudio realizado por Munares sobre factores de riesgos señaló que de los casos estudiados 54,8% no presentaban atención prenatal. El grupo de menor riesgo se encuentra entre 5 y 9 controles, mientras que los de mayor riesgo están entre 1 a 4 controles (30).

2.2 Factores sociales

En Chile, un estudio realizado por Mendoza, Arias, Peñaranda, Mendoza, Manzano y Verela, con una muestra de 2.663 gestantes obtuvo que, en primer lugar, la edad es un factor de adherencia al control prenatal, es así que mujeres de 13 a 19 años de edad tienen una mala adherencia al control prenatal; seguido por la escolaridad, estado civil (solteras) y carencia de seguridad social en salud. Esta mala adherencia al control prenatal genera riesgos de prematuridad y/o bajo peso del niño al nacer, o una mortalidad neonatal (27).

En un estudio realizado en Cartagena por Castillo denominado Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en Zedes Dique del departamento de Bolívar, que incluyó 659 mujeres embarazadas, la prevalencia de uso adecuado de control prenatal fue de 53,3; donde las mujeres mayor de 23 años, con estudios superiores a secundaria, tener pareja, percibir apoyo familiar, tener un embarazo planeado, ser empleadas, contar con afiliación en salud y pertenecer a una familia pequeña se asocian al uso adecuado del Control Prenatal (31).

En una investigación realizada en Perú, Arispe, Salgado, Tang, González, y Rojas, encontraron que las gestantes que eran el principal sostén del hogar y tenían secundaria completa o estudios superiores presentaban mayor asistencia al Control Prenatal ($p=0,034$), y la planificación del embarazo genera



una mayor frecuencia al CPN, más de 6 controles prenatales ($p=0,003$). Estos resultados llevaron a la conclusión de la importancia de generar una mayor inclusión de las mujeres al sistema educativo, y a su vez una mayor difusión de temas relacionados a la planificación familiar (32).

En una investigación realizada en Perú, Girado- Llamas, Rncallio-Kensey, Polo-Taborda, Rivera-Pastrana, Uparela-Gamarra, Tovar-Martelo y Rangel-Cantillo, encontraron que las gestantes que eran el principal sostén del hogar y tenían secundaria completa o estudios superiores presentaban mayor asistencia al Control Prenatal ($p=0,034$), y la planificación del embarazo genera una mayor frecuencia al CPN, más de 6 controles prenatales ($p=0,003$). Estos resultados llevaron a la conclusión de la importancia de generar una mayor inclusión de las mujeres al sistema educativo, y a su vez una mayor difusión de temas relacionados a la planificación familiar (33).

Vera y Sánchez (2015) demuestran que en Babahoyo-Ecuador los principales factores sociales que inciden en el incumplimiento del control prenatal por parte de las gestantes son: estrato social, ya que las gestantes ubicadas en un estrato de pobreza se han realizado en promedio 3,5 controles durante el primer semestre del año, mientras que las gestantes que se encuentran en un estrato social medio se han llevado a cabo 6,6 controles; y nivel de educación, a mayor nivel de educación mayor asistencia al control prenatal, ya que gestantes con ningún nivel de educación apenas se han realizado 2,5 controles en comparación a 6,5 y 4,5 controles que se han realizado las gestantes que tienen un nivel de instrucción superior y secundaria, respectivamente (34).

Por otra parte, con respecto al nivel de educación, un estudio de Ponce señala que el nivel de conocimiento inadecuado representa el 68,8% de las personas que no cumplen con el control prenatal, el cual constituye como riesgo significativo ya que se relaciona con el bajo grado de instrucción de la mayoría de la población de estudio (35).



Factores sociales como la pobreza, ubicación geográfica, estado civil, falta de apoyo familiar, desempleo, entre otros, son considerados como limitante en el cumplimiento del control prenatal, por ejemplo, las condiciones de pobreza en el Ecuador limitan el acceso al CPN a las gestantes que viven en condiciones favorables. De acuerdo con información del INEC el año 2016 en el Ecuador se registró con un nivel de pobreza a nivel nacional del 25,35% del total de la población y en pobreza extrema 10,05% (36).

Por otro lado, la ubicación geográfica puede incidir con el incumplimiento a las consultas prenatales debido a la distancia que deben transitar para llegar al centro médico, considerando que aquellas personas que habitan en poblaciones rurales deben movilizarse hacia las urbanas donde la mayoría de establecimientos de salud están ubicados (37).

2.3 Factores psicológicos

Poffald, Hirmas, Aguilera, Vega, González y Sanhueza (2013) afirman que la negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera para ingresar al control en el grupo de acceso tardío. Para mantenerse en el control prenatal, un elemento psicológico primordial es contar con una figura de apoyo, tanto pareja como la familia. Adicionalmente, la vulnerabilidad familiar explica que algunas gestantes adolescentes ingresen a control tardíamente pudiendo generar inconvenientes en la salud del niño como de la madre (38).

Miranda en su estudio realizado en Colombia encuentra que 30,5% de la inasistencia o uso inadecuado de los servicios de control médico prenatal son atribuibles a factores psicológicos como es la ansiedad (39).

Noel-Vargas relaciona los factores psicológicos con la no asistencia al control prenatal; afirma que las gestantes que no han recibido apoyo de la familia tienen una mayor probabilidad de no asistir a los controles ($p < 0.0000$), lo cual genera partos de alto riesgo (40).



Sánchez, Hernández y Lartigue, han encontrado que el nivel de autoestima de las mujeres gestantes se asocia con una insuficiente asistencia al control prenatal; ya que, de un grupo de 90 mujeres embarazadas, únicamente nueve mujeres tuvieron niveles de autoestima moderados y aproximadamente cinco consultas a lo largo del embarazo, lo cual es considerado como un control prenatal inadecuado (41).

Un estudio realizado por Blossiers concluye que las mujeres embarazadas que por lo general no acuden a los controles prenatales aluden a su falta de autoestima, ya que ellas no están seguras de la reacción del personal de salud, donde su escasa autoestima perciben a los encargados de los controles como personas con un bajo nivel receptivo y poco espacio para aclarar sus dudas, necesidades y preocupaciones (42).

Prías y Miranda, considera que las adolescentes experimentan su embarazo como un acontecimiento traumático, con sentimientos de ansiedad que les lleva a estados de incertidumbre, soledad, inestabilidad y frustración, con ideas negativas relacionadas con las formas de dar a conocer su embarazo a las personas con significado afectivo para ellas, dando como resultado una deficiente adherencia al control prenatal (43).

De acuerdo a Martínez, Mayorga y Quevedo, 26,6% de las mujeres embarazadas consideran que su reducido nivel de adherencia a los controles prenatales se debe a la pobre relación con redes apoyo y estado emocional, afirman que al carecer de una figura de apoyo estas prefieren mantenerse aisladas de los centros de salud (44).

En un estudio realizado por Sandoval, Mondragón y Ortiz afirman que las mujeres adolescentes tienen menos controles prenatales que las mujeres adultas, 83% frente a 89%. Las adolescentes embarazadas que no acuden con bajo nivel de adherencia a los controles prenatales coinciden que su principal motivo es su bajo autoestima derivado del rechazo social (pareja, amigos, vecinos, familiares y padres) (45).

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



Con respecto a los factores de riesgo mencionados anteriormente, se ha identificado en un estudio realizado por el Ministerio de Salud del Ecuador que existen algunos causantes que pueden ser modificables como no modificables. Entre los modificable están: inadecuado soporte familiar, control insuficiente de la gestión, esfuerzo físico excesivo, infecciones urinarias, síntomas neurovegetativos, tabaquismo, anemia moderada, anemia grave, amenaza de parto prematuro, dependencia de drogas ilícitas, violencia familiar, pielonefritis, disminución de movimientos fetales, cambios en la frecuencia cardíaca fetal, historia de abuso sexual, abuso de fármacos.

Y en el grupo de las no modificables están; bajo nivel de escolaridad, varios compañeros sexuales, fecha de ultima menstruación incierta, malas condiciones de vivienda, falta de empleo, anomalía pelviana, baja estatura materna, incremento excesivo o insuficiente de peso, planificación familiar, baja condición socioeconómica, infertilidad previa, incompatibilidad Rh, bajo peso pre concepciones, enfermedades hereditarias, hemorragia del primer bimestre, embarazo gemelar, malformación fetal.

Muñoz y Oliva enfatizan sobre la importancia del entorno psicosocial en el proceso del control prenatal; esta asociación postula que la situación psicosocial interviene como un componente condicionante que facilita la expresión de factores de riesgo durante la gestación, en la cual inciden los estresores psicosociales, tales como el estrés y la disfunción familiar, demostrando ser un factor de riesgo en relación a la morbilidad materna y perinatal. Además, en el estudio realizado por los autores mencionados se ha observado que, en el proceso de evaluación de factores de riesgo obstétricos conjuntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, aumenta significativamente la probabilidad de identificar a las gestantes complicaciones maternas y perinatales (46).

Se ha identificado un estudio de Lam, Contreras, Mori, Hinostroza y Honostroza, en el que exponen que los factores psicosociales se asocian con
Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



deficientes conductas relacionadas al inicio tardío de controles prenatales e incluso con el abandono del mismo, que factores riesgosos que implican el abuso de sustancias o hábitos nocivos pueden causar pre-eclampsia, malos desenlaces al momento del parto y conflicto de progreso a una depresión postparto. El diagnóstico temprano de estos factores se da mediante control prenatal, ya que permite identificar y posiblemente mitigar los potenciales efectos adversos asociados tanto a la salud materna como al bienestar del niño que está por nacer (47).

Es importante, por lo tanto, considerar los riesgos planteados en el proceso de atención de las embarazadas durante el control prenatal, debido a que a través de la incorporación de éstas en las escalas de medición de riesgo o en las intervenciones específicas, se pudiera mejorar aquellos aspectos modificables y, a su vez, el estado de la gestante (48).

Resultados de otros estudios confirman que los antecedentes de violencia, como factor psicosocial subyacente que condiciona respuestas maternas adversas en el embarazo, sugieren la incorporación a un sistema de tamizaje de estos factores al ingreso de la mujer al control prenatal, así como la implementación de sistemas de monitoreo y apoyo biopsicosocial en embarazadas expuestas a este tipo de riesgos a fin de reducir resultados adversos (49).

En definitiva, la importancia del control prenatal se fundamenta en estudios que reportan menores riesgos de tener niños con bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, muertes fetales y complicaciones durante el embarazo y el parto, principalmente la muerte materna (50).



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal, Azogues 2017.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las condiciones socio-demográficas de las embarazadas según edad, estado civil, nivel económico.
- Identificar factores psicosociales según las variables: nivel de autoestima, ansiedad estado y ansiedad rasgo, ocupación, nivel de estudio, el control prenatal, semanas de gestación, inicio de control prenatal, tiempo que se demora la madre en llegar al centro de salud
- Determinar la relación existente entre los factores psicosociales y las condiciones socio demográficas.



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación

La presente investigación fue analítica, prospectiva con enfoque cuantitativo.

4.2 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo, ya que se describe la relación entre los factores psicosociales y sociodemográficos, con relación al control prenatal en las gestantes que utilizan el servicio de salud en Azogues, en el año 2017.

4.3 Área de estudio

El área de estudio corresponde al Centro de Salud Azogues, ubicado en el cantón del mismo nombre perteneciente a la provincia del Cañar.

4.4 Universo y muestra

Universo

El universo de estudio está representado por las gestantes que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Azogues, que de acuerdo a la base de datos de esta institución se han registrado un total de 265 gestantes durante el mes de febrero del 2017.

Muestra

Se utiliza la siguiente expresión estadística:

$$n = \frac{z^2(p * q)(N)}{e^2(N - 1) + z^2(p * q)}$$

Datos

N	=	265 gestantes de control prenatal del área de obstetricia
NC	=	95% (nivel de confianza)
Z	=	1,96 (intervalo de confianza)
		(95%)



- p = 0,80 (probabilidad de que un suceso ocurra)
q = 0,20 (probabilidad de que un suceso no ocurra)
e = 0,05 (margen de error)

Cálculo

$$n = \frac{1.96^2(0,80 * 0,20)(265)}{0,05^2(265 - 1) + 1,96^2(0,80 * 0,20)}$$

$$n = 128 \text{ gestantes}$$

Para alcanzar un 95% de confianza sobre los resultados, se tiene que encuestar un total de 128 gestantes del área de obstetricia del Centro de Salud Azogues.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

4.5.1 Criterios de inclusión

- Madres gestantes que acepten y firmen el asentimiento o consentimiento informado, según sea el caso, con la respectiva firma del representante al ser menor de 18 años.

4.5.2 Criterios de exclusión

- Madres gestantes que no desean participar con la encuesta.
- Madres gestantes con alguna discapacidad mental y/o física.

4.6 Variables

- Nivel de ansiedad como estado
- Nivel de ansiedad como rasgo
- Nivel de autoestima
- Control prenatal
- Edad Gestacional
- Inicio del control prenatal
- Tiempo para llegar al Centro de Salud



- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- Nivel de instrucción
- Lugar de residencia
- Nivel socioeconómico

4.7 Marco analítico

4.7.1 Relación entre variables

La relación entre variables se refiere al análisis de la relación estadística entre las variables de investigación. Para ello se han realizado pruebas Chi-cuadrado sobre las tablas cruzadas entre las variables principales de la investigación.

- Variables correlacionadas: es cuando el contraste de la prueba Chi-cuadrado arroja un p-valor por debajo del nivel de significancia establecido para el análisis, en este caso $\alpha=0,05$; por lo tanto, cuando p-valor sea menor a 0,05 se concluye que las variables tienen relación con significancia estadística.
- Variables incorrelacionadas o sin relación estadística: es cuando el contraste de la prueba Chi-cuadrado arroja un p-valor por encima de 0,05. En este caso se concluye que las variables no tienen relación estadística para la investigación.

4.8 Métodos, técnicas e instrumentos

Se inició la investigación presentando los respectivos oficios a la directora del Centro de Salud de Azogues para la autorización y la colaboración para aplicar las encuestas.

Para la recolección de datos personales y datos acerca de los factores psicológicos y sociales se procedió a la aplicación de una encuesta que después de realizar la prueba piloto fueron previamente ajustados para



garantizar su validez y confiabilidad de los mismos, es decir que los datos obtenidos sean correctos.

La encuesta aplicada contiene tres instrumentos cada una para evaluar los factores psicológicos y sociales respectivamente:

- Fue aplicada el Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN (control prenatal) diseñado por (Quelopana, et.2010): el cual permito identificar los factores sociales relacionados a la asistencia al control prenatal.
- El Test de Rosenberg: quien permitió medir el nivel de autoestima de las participantes.
- El cuestionario de STAI (Inventario de Ansiedad de Rasgo/Estado): que se hizo uso para identificar el factor psicológico “la ansiedad”.

4.9 Procedimientos

- Autorización: Solicitud del permiso a las autoridades competentes del centro de salud.
- Capacitación: Revisión bibliográfica, consulta a expertos, directora y asesora de tesis.
- Supervisión: La supervisión y asesoramiento de nuestra tesis está a cargo de la Lcda. Nube Janeth Clavijo Morocho.
- Aprobación: Aprobación por parte del Consejo Directivo de la Universidad de Cuenca.
- Datos: Aplicación de las encuestas, recolección de la información mediante la aplicación de las encuestas a las gestantes que asisten a control prenatal en la ciudad de Azogues, análisis de la información y se representación mediante tablas estadísticas.
- Presentación de resultados: Elaboración del informe final.

4.10 Plan de tabulación y análisis

El procesamiento de la información y análisis de los principales resultados se realizó bajo los paquetes de datos y estadísticos Excel y SPSS versión 22, los mismos que permitieron presentar los resultados a través de tablas, que sirvió

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



para llegar a las principales conclusiones de la investigación. Para determinar la relación entre dos variables se realizara la prueba χ^2 Pearson. Se calculó el grado de asociación mediante el estadístico del Odds Ratio (OR) con su intervalo confiabilidad 95 %, y se consideró estadísticamente significativo valores de $p < 0.05\%$.

4.11 Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación conto con la autorización de la directora de la institución la Dra. Sonia Lara a quien se le informo el detalle el propósito del estudio.

De la misma manera, se informó a las madres gestantes o representantes que asistieron al control prenatal, a quienes se les solicito que firmen el consentimiento o asentimiento informado.

La investigación se desarrollará con base a principios de ética, guardando el más alto grado de confidencialidad con la información obtenida a través de la investigación bibliográfica como de campo; y se guardará la debida reserva de los datos proporcionados por las entrevistadas, previo la firma del asentimiento o consentimiento informado según sea el caso. No se tomaran los nombres de las participantes al momento de la publicación o de la presentación de los resultados para garantizar el anonimato de los participantes.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues, según edad, Azogues, 2017.

Edad por rangos	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente tardío (15 a 19 años)	26	20,3%
Adulto joven (20 a 34 años)	85	66,4%
Adulto maduro (35 años o más)	17	13,3%
Total	128	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

El 66,4% de las gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues son del grupo etario Adulto Joven, es decir que tienen una edad entre 20-34 años; mientras que apenas un 13,3% de las entrevistadas tienen una edad de 35 años o más. Como se puede observar, la mayoría de gestantes se encuentran en edades consideradas de bajo riesgo reproductivo.

Tabla 2: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según estado civil. Azogues, 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	69	53,9%
Divorciada	2	1,6%
Separada	2	1,6%
Unión Libre	48	37,5%
Soltera	7	5,5%
Total	128	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Se evidencia que 53,9% de gestantes se encuentran casadas, en tanto que los estados civiles menos frecuentes fueron las gestantes divorciadas y separadas, las cuales representan el 1,6% cada uno.



Tabla 3: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según nivel de educación. Azogues, 2017.

Nivel de educación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	3	2,3%
Primaria completa	21	16,4%
Secundaria incompleta	23	18,0%
Secundaria completa	52	40,6%
Tercer Nivel	29	22,7%
Total	128	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Se observa que todas las gestantes han atravesado un nivel de educación determinado, frente a ello, un 40,6% han terminado la secundaria; además, se observa un porcentaje bajísimo de madres gestantes que no han terminado la primaria, esto es apenas un 2,3%.

Tabla 4: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según ocupación actual. Azogues, 2017.

Ocupación actual	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	32	25,0%
Estudia	32	25,0%
Ama de casa	59	46,1%
Bajo dependencia de la familia	5	3,9%
Total	128	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Del grupo de gestantes, 46,1% son amas de casa; en porcentajes similares (25%) se dedican a trabajar y estudiar; existe un 3,9% de entrevistas que económicamente dependen de su familia.



Tabla 5: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según lugar de residencia. Azogues, 2017.

Tipo de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	31	24,2%
Urbana	97	75,8%
Total	128	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

De las 128 gestantes, en su mayoría (75,8%) residen en el área urbana, mientras que la diferencia (24,2%) en el área rural; el lugar en donde viven el 59,4% es Azogues, seguido por un porcentaje representativo de 10,2% que residen en Javier Loyola, parroquia perteneciente al cantón Azogues.

Tabla 6: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según nivel socioeconómico. Azogues, 2017.

Grupo Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
A (alto)	3	2,4%
B (medio alto)	15	11,8%
C+ (medio típico)	44	34,6%
C- (medio bajo)	64	50,4%
D (bajo)	1	0,8%
Total	127	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Se evidencia que el 50,4% de las gestantes tienen un nivel socioeconómico medio bajo y, apenas, un 2,4% tienen un nivel alto.



Tabla 7: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según nivel de autoestima. Azogues, 2017.

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima Baja	114	89,1%
Autoestima Media	14	10,9%
Total	128	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Como se puede apreciar, la mayoría de las gestantes evidencian un nivel de autoestima baja (89,1%), en tanto que un 10,9% tienen una autoestima media¹, éstas a razón de los cambios hormonales presentados durante el embarazo que conllevan a que ellas desarrollen síntomas depresivos y bajos niveles de autoestima.

Tabla 8: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según nivel de ansiedad-rasgo. Azogues, 2017.

Nivel de ansiedad rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad rasgo - Bajo	105	92,9%
Ansiedad rasgo - Medio	8	7,1%
Total	113	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Se observa que el 92,9% de las gestantes presentan un nivel de ansiedad rasgo bajo, y 7,1% medio.

¹ Los niveles de autoestima se determinaron con base a las siguientes puntuaciones: menor a 20= "autoestima baja"; 21-24=" autoestima media"; mayor a 25=" autoestima alta".



Tabla 9: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según nivel de ansiedad-estado. Azogues, 2017.

Nivel de ansiedad estado	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad estado - Bajo	110	97,3%
Ansiedad estado - Medio	3	2,7%
Total	113	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Se evidencia que 97,3% de gestantes presentan un nivel ansiedad estado-bajo, y 2,7% un nivel de ansiedad estado-medio², de acuerdo a la teoría, el nivel de ansiedad estado-rasgo tienden a correlacionarse, de tal manera que, si una gestante presenta un nivel de ansiedad estado rasgo bajo también tiende a presentar un nivel de ansiedad estado bajo. De esta forma se concluye que las gestantes en su mayoría, no presentan niveles de ansiedad alto.

Por otro lado, del grupo de gestantes, 96,1% tuvieron un inicio precoz del control prenatal, considerando que este fue dentro del primer trimestre, en tanto que la diferencia (3,9%) se realizaron después del primer trimestre; se muestra la relación del inicio de control prenatal por grupo de edad.

Tabla 10: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues, según la relación inicio de control prenatal - edad. Azogues, 2017.

Inicio de Control Prenatal		Edad (agrupado)			Total por Inicio CP
		Adolescente tardío	Adulto joven	Adulto maduro	
Precoz	Frecuencia	25	81	17	123
	Porcentaje	96,2%	95,3%	100%	96,1%
Tardía	Frecuencia	1	4	0	5
	Porcentaje	3,8%	4,7%	0%	3,9%
Total por Edad	Frecuencia	26	85	17	128
	Porcentaje	100%	100%	100%	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

² La ansiedad-estado refiere a una emoción temporal que depende de un acontecimiento concreto, y tiende a fluctuar a lo largo del tiempo.



Se observa que 96,2% de las adolescentes y 95,3% de las adultas jóvenes iniciaron el control prenatal de manera precoz; sin embargo, una adolescente inició el control de manera tardía, representando el 3,8%.

Del grupo de encuestadas, 96,1% asisten al control prenatal, en tanto que la diferencia, es decir el 3,9%, no asisten o no responden a la pregunta. En la Tabla 11 se presenta la relación entre los meses de gestación y la asistencia al control prenatal.

Tabla 11: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según relación meses de gestación y asistencia al control prenatal. Azogues, 2017.

Meses de gestación	Asistencia al control prenatal						Total Frecuencia
	No responde		Sí		No		
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
De 1 a 3 meses	0	0%	23	100%	0	0%	23
De 4 a 6 meses	3	4,8%	59	93,6%	1	1,6%	63
De 7 a 9 meses	1	2,4%	41	97,6%	0	0 %	42
Total	4	3,1%	123	96,1%	1	0,8%	128

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Del grupo de mujeres que se encuentran en el primer trimestre de gestación todas han asistido al control prenatal; del grupo que se encuentra en el segundo periodo 93,6% de las gestantes asisten a control prenatal; mientras que del grupo de gestantes que se encuentran en el tercer trimestre han asistido a control prenatal el 97,6%.



Tabla 12: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según razones de asistencia e inasistencia. Azogues, 2017.

Razón de asistencia al control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Proteger mi salud y la de mi hijo	86	67,2%
Revisar estado de mi embarazo	35	27,3%
Recomendación	6	4,7%
Para detectar alteraciones	1	0,8%
Total	128	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Entre las principales razones de asistencia se encuentra la protección de la salud de la gestante y del feto (67,2%), así como la razón de asistencia menos usual es para detectar alteraciones, la cual registra el 0,8% de las respuestas, tal como se observa en la Tabla 12. Por otro lado, la razón de inasistencia es la pérdida de cita con el médico (49,2%).

El 100% de gestantes han recibido educación en el centro de salud y/o comunidad sobre el Control Prenatal, en la Tabla 13 se observa de parte de quién recibieron dicha educación. Se puede observar que es el médico quien informa a las gestantes sobre el cuidado del control prenatal, lo cual ocurre el 60,2% de las oportunidades; mientras que quien con menos frecuencia ofrece educación al respecto es el nutricionista, con el 0,8%.

Tabla 13: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, de quién recibió educación sobre el control prenatal. Azogues, 2017.

Recibió la formación de parte de	Frecuencia	Porcentaje
Médico/a	77	60,2%
Enfermera/o	50	39,1%
Nutricionista	1	0,8%
Total	128	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras



Respecto a la percepción sobre el nivel de compasión del médico tratante, en general, las gestantes tienen una opinión positiva sobre la actitud compasiva del médico.

Tabla 14: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según relación afectuosa y compasiva del profesional de enfermería. Azogues, 2017.

Sanador Compasivo	La mayoría de veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%
La hizo sentirse bien	3	2,3%	125	97,7%
Mostró una actitud positiva con usted y con su embarazo	7	5,5%	121	94,5%
La escuchó con atención	4	3,1%	124	96,9%
Le permitió expresar sus sentimientos	10	7,8%	118	92,2%
Demostró interés por lo que le sucede	4	3,1%	124	96,9%
Comprendió sus síntomas y preocupaciones	8	6,3%	120	93,8%
Demostró que estaba preparado/a para hacer su trabajo	4	3,1%	124	96,9%
Total	6	4,5%	122	95,5%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

En promedio el 95,5% de las consultas, el médico siempre tuvo un trato compasivo hacia la gestante, siendo lo más destacado que el sanador les hacía sentirse bien, demostraba interés por lo que le sucede y mostraba destreza en el tratamiento.



Tabla 15: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según percepción de competencia del profesional de enfermería. Azogues, 2017.

Sanador Competente	La mayoría de veces		Siempre	
La animó para que se siga cuidando durante el embarazo	6	4,7%	122	95,3%
Fue respetuosa/o	5	3,9%	123	96,1%
Le brinda ayuda y colaboración	11	8,6%	117	91,4%
Le realizó correctamente el control de su embarazo	7	5,5%	121	94,5%
Se sintió cuidada durante el control del embarazo	6	4,7%	122	95,3%
Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir	8	6,3%	120	93,8%
Fue amable	5	3,9%	123	96,1%
Le trató como persona	4	3,1%	124	96,9%
Total	7	5,1%	121	94,9%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras

En relación con el nivel de competencia mostrado por el médico, las gestantes opinan que por lo general se muestra preparación y disposición a un buen trato hacia la gestante. En promedio, el 94,9% de las mujeres entrevistadas, considera que siempre existe esta disposición por parte del médico.

Tabla 16: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, según tiempo de transporte para asistir al control prenatal. Azogues, 2017.

Tiempo de traslado	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 20 minutos	78	65,5%
De 21 a 40 minutos	31	26,1%
Más de 40 minutos	10	8,4%
Total	119	100%

Fuente: Entrevistas realizadas

Elaborado por: Las autoras



El 65,5% de las gestantes tardan menos de 20 minutos en su traslado hasta el lugar del control prenatal, en tanto que el 8,4% se tarda más de 40 minutos en llegar.

Para evaluar la relación entre la variable dependiente y las variables independientes, es decir, entre la asistencia oportuna al control prenatal y los factores que pueden incidir en esta se realizó el análisis del contraste Chi-Cuadrado, el cual determina si existe independencia o no entre dichas variables. A continuación, se presenta la tabla resumen de estos contrastes de hipótesis.

Tabla 17: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, relación entre control gestacional, inicio de control prenatal y factores psicosociales. Azogues, 2017.

	Control prenatal			
	De 1 a 3 meses	De 4 a 6 meses	De 7 a 9 meses	Total
Nivel de educación				
Primaria incompleta	0	2	1	3
Primaria completa	6	6	9	21
Secundaria incompleta	4	8	11	23
Secundaria completa	7	31	14	52
Tercer Nivel	6	16	7	29
Total	23	63	42	128
			Chi² 0,242	p=0,213
Ocupación				
Trabaja	9	15	8	32
Estudia	5	22	5	32
Ama de casa	8	24	27	59
Bajo dependencia	1	2	2	5
de la familia				
Total	23	63	42	128
			Chi² 0,049	p=0,788
Tipo de Residencia				
Rural	4	10	17	31
Urbana	19	53	25	97
Total	23	63	42	128
			Chi² 0,11	p=0,461

Fuente: Encuestas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



Se puede observar que no existe una relación positiva entre las variables control prenatal y nivel de educación, ocupación y tipo de residencia, ya que su valor p resulto ser mayor a 0,05, es decir, la variables no están relacionadas significativamente, son independientes.

Tabla 18: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, relación entre nivel de ansiedad y edad, estado civil, ocupación, inicio de control prenatal y tiempo de traslado al centro de salud. Azogues, 2017.

Variable Independiente	Ansiedad como estado		Total	Ansiedad como rasgo		Total
	Bajo	Medio		Bajo	Medio	
Grupos de Edad						
Adolescente tardío (15 a 19 años)	17	0	17	16	1	17
Adulto joven (20 a 34 años)	77	3	80	74	6	80
Adulto maduro (35 años o más)	16	0	16	15	1	16
Total	110	3	113	105	8	113
Prueba	Chi² = 1,271 p=0,530			Chi² = 0,075 p=0,963		
Estado civil						
Casada	56	3	59	52	7	59
Divorciada	2	0	2	2	0	2
Separada	2	0	2	2	0	2
Unión Libre	43	0	43	42	1	43
Soltera	7	0	7	7	0	7
Total	110	3	113	105	8	113
Prueba	Chi² = 2,821 p=0,588			Chi² =4,369 p=0,358		
Ocupación actual						
Trabaja	26	0	26	23	3	26
Estudia	23	3	26	24	2	26
Ama de casa	56	0	56	53	3	56
Bajo dependencia de la familia	5	0	5	5	0	5
Total	110	3	113	105	8	113
Prueba	Chi² =2,312 p=0,616			Chi² =1,434 p=0,698		
Inicio del Control Prenatal						
Precoz	35	0	35	33	2	35
Tardía	74	3	77	71	6	77
Total	109	3	112	104	8	112
Prueba	Chi² = 1,401 p=0,237			Chi² =0,157 p=0,692		

Tiempo de traslado al centro de salud

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



Variable Independiente	Ansiedad como estado		Total	Ansiedad como rasgo		Total
	Bajo	Medio		Bajo	Medio	
Hasta 20 minutos	68	3	71	65	6	71
De 21 a 40 minutos	25	0	25	23	2	25
Más de 40 minutos	8	0	8	8	0	8
Total	101	3	104	96	8	104
Prueba	Chi ² = 1,436 p=0,488			Chi ² =0,728 p=0,695		

Fuente: Encuestas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Según los resultados mostrados, no existe relación significativa entre la ansiedad, ya sea como estado o como rasgo, respecto a las variables sociodemográficas, debido a que todos los p-valores son mayores que 0,05. Tampoco, se observa relación entre la ansiedad con relación al inicio del control prenatal o con el tiempo que tardan las gestantes en llegar al centro de salud. En general, no se identifica presencia significativa de ansiedad.

Dado que, tanto en ansiedad-estado como en ansiedad-rasgo no hay manera de conformar más de un grupo con al menos 5 observaciones para cada variable, no es posible establecer la relación entre la ansiedad y las variables estudiadas.

Tabla 19: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, relación entre nivel de autoestima y edad, estado civil, ocupación, inicio de control prenatal y tiempo de traslado al centro de salud. Azogues, 2017.

Variable Independiente	Nivel de Autoestima		Total
	Baja	Media	
Grupos de Edad			
Adolescente tardío (15 a 19 años)	15	2	17
Adulto joven (20 a 34 años)	84	8	92
Adulto maduro (35 años o más)	15	4	19
Total	114	14	128
Prueba	Chi² = 0,062	p-valor = 0,804	
Estado civil			
Casada	63	6	69
Divorciada	2	0	2



Variable Independiente	Nivel de Autoestima		Total
	Baja	Media	
Separada	2	0	2
Unión Libre	41	7	48
Soltera	6	1	7
Total	114	14	128
Prueba	Chi² = 130,595	p-valor = 0,000	
Ocupación actual			
Trabaja	30	2	32
Estudia	31	1	32
Ama de casa	48	11	59
Bajo dependencia de la familia	5	0	5
Total	114	14	128
Prueba	Chi² = 135,992	p-valor = 0,000	
Inicio del Control Prenatal			
Precoz	28	7	35
Tardía	85	7	92
Total	113	14	127
Prueba	Chi² = 3,969	p-valor = 0,046	
Tiempo de traslado al centro de salud			
Hasta 20 minutos	69	9	78
De 21 a 40 minutos	29	2	31
Más de 40 minutos	8	2	10
Total	106	13	119
Prueba	Chi² = 1,514	p-valor = 0,469	

Fuente: Encuestas realizadas

Elaborado por: Las autoras

El nivel de autoestima resultó significativo con relación al estado civil, la ocupación y el inicio del control prenatal. En la Tabla 19 se puede observar que, tanto para estado civil como para ocupación el p-valor es de 0,000, menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, por lo tanto existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el estado civil, al igual que respecto a la situación de ocupación.

El inicio del control prenatal también se ve afectado por el nivel de autoestima de la gestante; en la prueba estadística el p-valor resultó ser igual a 0,469, menor que 0,05, por lo que se concluye que existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el inicio del control prenatal.



Tabla 20: Distribución de 128 gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues 2017, relación entre nivel socioeconómico respecto al nivel de ansiedad y el nivel de autoestima. Azogues, 2017.

Factores Psicológicos		Nivel Socioeconómico		Total
		Medio-Bajo y Bajo	Alto, Medio-Alto y Medio-Típico	
Nivel de ansiedad como estado	Bajo	57	52	109
	Medio	1	2	3
	Total	58	54	112
Prueba Chi ²		Chi ² = 0,420 p-valor = 0,517		
Nivel de ansiedad como rasgo	Bajo	55	49	104
	Medio	3	5	8
	Total	58	54	112
Prueba Chi ²		Chi ² = 0,704 p-valor = 0,401		
Nivel de Autoestima	Baja	56	57	113
	Media	9	5	14
	Total	65	62	127
Prueba Chi ²		Chi ² = 1,081 p-valor = 0,298		

Fuente: Encuestas realizadas

Elaborado por: Las autoras

Se puede apreciar que no existe relación significativa entre el nivel socioeconómico y la ansiedad o el nivel de autoestima. Particularmente, en cuanto al nivel de ansiedad, ya sea como estado o como rasgo, no existen observaciones suficientes para realizar la prueba de relación Chi², sin embargo, los p-valores son superiores a 0,05; en cuanto al nivel de autoestima, el p-valor es superior a 0,05, por lo que no existe relación estadísticamente significativa entre esta variable y el nivel socioeconómico.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

En esta investigación se ha encontrado que 20,3% de las gestantes que asisten al Centro de Salud Azogues tienen una edad menor a 19 años, es decir, son adolescentes tardías, seguido por el 66,4% que están en una edad de 21 a 34 años (adultas joven), y 13,3% tienen una edad mayor a 35 años (adultas maduras); estos resultados son similares a los encontrados en el estudio sobre “factores que influyen en la ocurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay” por Hans-Albrecht y Mryann, en el que encontraron que 74,6% de las gestantes tenían una edad de 19-36 años, 16,8% presentaban una edad menor a 19 años, y 8,6% estaban por encima de los 36 años (51).

En cuanto al nivel de instrucción, el estudio permite reflexionar que la mayoría de gestantes (40,9%) han completado la secundaria, siendo estos resultados similares a los encontrados en el estudio realizado por Ponce en la ciudad de Ancash, Perú, en el cuál determinó que de un grupo de gestantes (1.407), 61,8% tienen un nivel de educación secundaria (35).

Sobre los factores psicológicos, en este estudio se encontró que la mayoría de las gestantes (89%) tenían una autoestima baja; en relación a la ansiedad, se observó que en el grupo de estudio la mayoría presentaba un nivel de ansiedad baja: ansiedad estado (92,9%) y ansiedad rasgo (97,3%); estos resultados se asemejan a los encontrados en el estudio realizado por Sánchez (41), el cual evidenció una elevada proporción de mujeres con depresión psicológica (59%) debido a una baja autoestima, que conjuntamente con un a percepción negativa sobre la gestación, se constituyen en un factor de riesgo.

Del grupo de encuestadas 46,1% son amas de casa, lo que diferencia del estudio realizado por Castillo, quien reveló que de su muestra de estudio 74,2% (489 casos) eran amas de casa (31).

Con respecto a los factores psicosociales que influyen en el inicio de control prenatal, se observa que la mayoría (96,1%) tuvieron un inicio de control

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



prenatal precoz, frente a ello, Quelopana, Champión y Salazar en su estudio titulado “factores psicosociales que influyen el inicio del control prenatal” encontraron que la mayoría de participantes (19 casos) tuvieron un control prenatal tardío.

Ponce (35) evidenció que 58,8% de gestantes no cumplen con el control prenatal, resultados diferentes se obtuvieron en este estudio en el que se observó que 96% de las encuestadas si asisten al control prenatal; por otro lado, Munares (30), encontró en su estudio, que 42,1% de 164 tienen un control prenatal adecuado, en cambio, en esta investigación, todas las encuestadas afirmaron tener un control prenatal adecuado.

Luego de realizar un análisis de la relación entre el control prenatal y los factores que lo influyen, se determinó que el único factor psicosocial influyente es el nivel de autoestima, descartando así la relación entre las variables, edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico, nivel de ansiedad, tiempo para trasladarse al Centro de Salud.

Respecto a la relación entre la autoestima y la asistencia a control prenatal, se halló que en este estudio resultó significativo, por lo cual se infiere que el nivel de autoestima afecta la decisión y la motivación de la madre a asistir oportunamente al control prenatal, así como de realizar los cuidados pertinentes al embarazo. Este resultado se asemeja a los resultados obtenidos en la investigación realizada por Ceballos, Camargo, Jiménez y Requena, quienes concluyeron que la baja autoestima condiciona las actitudes sociales, familiares y personales de la mujer embarazada, particularmente de las adolescentes, de las cuales una tercera parte de la muestra presenta autoestima baja durante el estado de embarazo, sustentando la teoría de Rosenberg; de esta manera, para aquellas adolescentes que no tienen estima de sí, constituyen un gran problema tanto para ellas como para el bebé (52).



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

7.1 Conclusiones

Luego de cumplir con el propósito principal de la investigación se concluye lo siguiente:

- El grupo de gestantes en su mayoría (66,4%) se encuentran en una edad considerada de bajo riesgo reproductivo (20-34 años), y prevalece un nivel de instrucción secundaria terminada (40,6%).
- Sobre los factores psicológicos, en el grupo de gestantes se identificó bajos niveles de autoestima (89%), y bajos niveles de ansiedad –estado (97,3%) y ansiedad-rasgo (92,9%).
- Se encontró que 46,1% son amas de casa, 96% asisten al control prenatal, de las cuales 96,1% tuvieron un inicio de control prenatal precoz.
- Se ha identificado que la asistencia al control prenatal depende únicamente del nivel de autoestima, resaltando que entre las principales causas de inasistencia está que la gestante perdió cita con el médico.
- De la relación edad e inicio precoz y tardío de control prenatal no se ha encontrado dependencia, dado que en su mayoría tuvieron un inicio adecuado del mismo.



7.2 Recomendaciones

- Considerar la presente investigación como base para futuras investigaciones en los distintos centros de Salud del país, puesto que el control prenatal es importante ya que llevarlo a cabo ayuda a la prevención de muertes maternas y de los neonatos.
- Socializar el estudio en el Centro de Salud Azogues con el fin de que todas las mujeres tengan conocimiento sobre la importancia de realizarse el control prenatal cuando se encuentran en gestación y así prevenir factores de riesgo.
- Establecer medidas, dentro del Centro de Salud de Azogues, enfocadas a mejorar la autoestima de las gestantes, debido a que la prevalencia de un bajo nivel de autoestima puede desencadenar en complicaciones postparto, como es la depresión.
- Considerar, por parte de las autoridades del Centro de Salud de Azogues, aumentar la promoción del servicio de control prenatal, fundamentado en la necesidad de mejorar las condiciones psicosociales de la mujer embarazada.
- Diseñar campañas de información en las comunidades de Azogues que incidan en el aumento de la autoestima en la mujer, así como el aumento de la participación de la familia en el desarrollo del embarazo.



7.3 Limitaciones

- Entre las principales limitaciones del estudio se tiene que la frecuencia de respuestas para algunas preguntas de la investigación no fueron lo suficientemente altas (mayores a 5) para establecer un análisis de correlación.
- Otra limitante fue la de no contar con investigaciones previas de la problemática tratada en el área de estudio, es decir, en la ciudad de Azogues, por lo que este estudio no puede presentar comparaciones con momentos anteriores. Al contrario, el presente documento servirá para el análisis de este problema en estudios posteriores.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Online].; 2016 [cited 2016 diciembre 23. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Organismos informan del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas. [Online].; 2014 [cited 2016 Diciembre 28. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/es/>.
3. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2016.
4. Martínez A, Mayorga V, Quevedo K. Adherencia al control prenatal, dificultades y retos Bogota: Pontifica Universidad Javeriana; 2012.
5. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud trabaja en reducción de mortalidad materna. [Online].; 2016 [cited 2016 Diciembre 28. Available from: <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-trabaja-en-reduccion-de-mortalidad-materna/>.
6. González MS. "Incrementar las coberturas de atención de los controles prenatales de las mujeres embarazadas que asisten a las unidades operativas del Área de Salud No. 1 Azogues, año 2011 - 2012. [Online].; 2012 [cited 2017 marzo 17. Available from: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3734/1/Gonz%C3%A1lez%20Galora%20Mirian%20Susana.pdf>.
7. Saavedra A. Factores asociados a patologías maternas y preliminares en ausencia de atención prenatal. Hospital Regional de Loreto. Iquitos-Perú. Enero-Junio 2014 Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Reporte de avance en el ODM5 en América Latina y el Caribe. Mejorar la salud materna. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas; 2010.
9. INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Quito; 2013.
10. Ministerio de Salud Pública. Ecuador sin muerte maternas. [Online].; 2016 [cited 2016 Diciembre 27. Available from: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 Quito: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública



; 2017.

12. Alfaro Vargas N, Campos Vargas G. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*. 2014 Abril;(26): p. 1-19.
13. Cáceres FdM. El control prenatal: Una reflexion urgente. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecologia*. 2009; 60(2): p. 166-170.
14. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* Madrid: Miniterio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
15. Cogollo R. Aspectos biopsicosociales asociados al embazado adolescente. *CUIDARTE*. 2012 noviembre; 3(1).
16. Quelopana A, Dimmitt J, Salazar B. Factores psicosociales que influyen en inicio del control prenatal. *Desarrollo Cientifico Enfermeria*. 2007 Abril; 15(3): p. 102-106.
17. Ponce J. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash-Perú. [Online].; 2013 [cited 2017 marzo 17. Available from: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/11115/1/Factores%20asociados%20al%20cumplimiento%20del%20control%20prenatal%20en%20Ancash%20Peru.pdf>.
18. Diaz S, Girart J. Control prenatal como antecedentes de importancia en la morbilidad neonatal Hospital Universitario Dr. Luis Razett. *Académico*. Barcelona: Universidad del Oriente, Ciencias de la Salud; 2009.
19. González Galora MS. Incrementar las coberturas de atención de los controles prenatales de las mujeres embarazadas que asisten a las unidades operativas del Área de Salud No. 1 Azogues, año 2011 - 2012. Tesis de grado. Cuenca: Universidad Técnica Particular de Loja, Departamento de Postgrado; 2012.
20. Alfaro N, Villaseñor M, Valadez I, Guzmán A, González Y. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Rev. Investigaciones en Salud*. 2006; 8(1): p. 50-53.
21. Benítez , Manzanero. Nueva tendencia en la atención prenatal y seguimiento del embarazo Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2013.
22. Asprea I, García O, Nigri C. Recomendaciones para la práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. 1st ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud;



2013.

23. Ministerio de Salud de Comombia. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo Bogota: Ministerio de Salud de Colombia; 2011.
24. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2016.
25. Escobar L, Guzmán L, Córdova R. Factores asociados a la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián La Plata Huila 2009 Neiva: Universidad Surcolombiana; 2011.
26. Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” -enero a marzo del 2015. Tacchino H, editor. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
27. Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, Mendoza L, Manzano S, Verela A. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Rev. Cielo Chile. 2015 Agosto; 80(4).
28. Vieira C, Coeli C, Pinheiro R, Brandão R, Camargo K, Aguiar F. Modifying effect of prenatal care on the association between young maternal age and adverse birth outcomes. 2012; 25(3): p. 185-189.
29. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional prenatal y puerperal. Salud pública. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Direccion Nacional de Maternidad e Infancia; 2013.
30. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista Peruana de Epidemiología. 2013 Agosto ; 17(2).
31. Castillo I. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en Zodes Dique del departamento de Boliviari. Primera ed. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2013.
32. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev. Medica Herediana. 2011 Diciembre; 22(4): p. 169-75.
33. Girado-Llamas S, Rncallio-Kensey B, Polo-Taborda N, Rivera-Pastrana J, Uparela-Gamarra L, Tovar-Martelo M, et al. Evaluación del conocimiento acerca del control prenatal en puérperas Clínica Maternidad Rafael Calvo, Cartagena de



- Indias 2010-2011. Revista Ciencia Biomédica. 2011; 2(1).
34. Vera K, Sánchez I. Factores socio culturales y su relación con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo Los Rios primer semestre 2015 Babahoyo: Universidad técnica de Babahoyo; 2015.
 35. Ponce J. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash, Perú. [Online].; 2015 [cited 2017 Noviembre. Available from: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/11115/1/Factores%20asociados%20al%20cumplimiento%20del%20control%20prenatal%20en%20Ancash%20Peru.pdf>.
 36. INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2016/Marzo_2016/Informe%20pobreza-mar16.pdf.
 37. Vera K. Factores socio culturales y su relacion con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo Los Rios. [Online].; 2015 [cited 2017 Noviembre. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/1514/1/T-UTB-FCS-OBST-000023.pdf>.
 38. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G. Barrera y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Rev. Cielo. 2013 Diciembre; 55(6).
 39. Miranda C, Herazo D, Lombana Y, Osorio G. Factores predictores y predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado de control prenatal en dos comunas de Sincelejo, Colombia. Revisalud Unisucre. 2014; 2(2): p. 4-14.
 40. Noel-Vargas K. Factores asociados al abandono del control prenatal en el centro de salud los libertadores, distrito de San Martín de Porres. Marzo a mayo 2016. 1st ed. karin N, editor. Lima: Universidad de San Martin de Porres; 2016.
 41. Sanches B, Hernández M, Lartigue T. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: p. 167-177.
 42. Blossiers C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: Un estudio Cuantitativo. Med Exp Salud Pública. 2010; 27(3).
 43. Prías H, Miranda C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Redalyc. 2009; 9(1): p. 93-105.



44. Martínez A, Mayorga V, Quevedo K. Adherencia al control prenatal, dificultades y retos Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
45. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio Caso-control. Per Ginecol Obstet. 2007; 53(1): p. 28-34.
46. Muñoz M, Oliva P. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. Revsita chilena de obstetricia y ginecología. 2009; 5(74).
47. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Honostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Revista Peruana de Epidemiología. 2010 Diciembre; 14(3).
48. Alvarado R, Medina E, Aranda W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido.. Revista médica de Chile. 2002 Mayo; 130(5).
49. Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Revista Médica Chilena. 2001; 129(12).
50. Mayorga A. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes. [Online].; 2012. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11472/1/598593.2012.pdf>.
51. Albrecht H, Mryann J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. Revista Medica de Uruguay. 1992 Abril ; 8(1).
52. Ceballos Ospino GA, Camargo Goenaga K, Jiménez Sánchez I, Requena Mendoza K. Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia). Revista de Psicología. 2011 Enero-Junio; 3(1).
53. Esguerra C, Cárdenas IEd. Causas de inasistencia a control prenatal. Revista avances en enfermería. 1991 Julio ; 9(2).
54. Abad M, Calle K. Factores que conllevan a demoras en los casos de muerte materna en el Azuay 2012 Cuenca: Universidad de Cuenca; 2014.
55. Rionaula M, Romero K, Zari S. Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del hospital básico "Limón Indanza", 2013 Cuenca: Universidad de Cuenca; 2014.
56. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Medicinal. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C,



Enfermería; 2009.

57. Organización Mundial de la Salud. La depresión. [Online].; 2016 [cited 2016 Diciembre 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
58. Acero G, Andrade D, Chalco L. Factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud "Carlos Elizalde". Académico. Cuenca: Universidad de Cuenca, Enfermería; 2015.
59. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Hered. 2011; 22(4).
60. Sánchez H, Pérez G, Pérez P, Vázquez F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Médica del IMSS. 2005 Septiembre; 43(5).
61. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009 Mayo ; 60(2).
62. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [Online].; 2015 [cited 2017 Noviembre. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
63. Mallado C, Castillo I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Revista cuidarte. 2016 Enero ; 7(2).



ANEXOS

ANEXO N° 1: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA CARRERA DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal.

Azogues, 2017.

Yo Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay portadora de la C.I 0301935573 estudiante de la carrera de enfermería y María Auxiliadora Pacheco Marca portadora de la C.I 0106940125, egresada de la carrera de enfermería solicitamos su autorización para recolectar información pertinente a su persona para emprender el siguiente estudio.

Introducción

El control prenatal se enfoca en analizar la evolución correcta del embarazo, detecta oportunamente riesgos y brinda recomendaciones necesarias que permitan el desarrollo saludable del binomio madre-hijo, por consiguiente, la primera causa de mortalidad materna se debe a la inasistencia de las gestantes al respectivo control y a ciertos factores sociales y psicológicos individuales que influyen negativamente.

Propósito del estudio

La presente investigación pretende determinar datos relacionados a la edad, estado civil, nivel económico y nivel de educación; el nivel de autoestima y ansiedad; y relacionar los factores sicosociales con la asistencia al control prenatal.

Métodos de recolección de información

La investigación se realizará mediante la autorización correspondiente de las madres gestantes donde se aplicará la respectiva encuesta sobre factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal.

Riesgos y beneficios

El estudio no presenta riesgo alguno por tanto el estudio no involucra contacto físico, ni daño psicológico. Mientras el beneficio para las madres gestantes será adquirir conocimiento y la importancia de asistir a su respectivo control prenatal. Aparte para la institución tiene como propósito a partir de nuestra investigación se elaboren las estrategias y medidas necesarias para motivar a las mujeres embarazadas al respectivo control prenatal.

Confidencialidad de la información

Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay
María Auxiliadora Pacheco Marca



La información recolectada que se obtendrá mediante la encuesta se mantendrá en anónimo y toda la información proporcionada será únicamente utilizada por las investigadoras y solo en caso de solicitarlo por los participantes o autoridades. Sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

Opciones y Derechos

Usted no está obligado/a participar en este estudio, la autorización para su participación debe ser voluntaria; en el momento de la aplicación de la encuesta el participante puede retirarse del estudio si considera necesario, el participante puede solicitar más información si desea. No tendrá costo o remuneración alguna por su participación.

Información del contacto

En caso de existir inquietudes o crea necesario nuestra intervención contactarse con

Nombre de las investigadoras	Celular	Correo
Mayra Naula	0958830597	mai_alex@hotmail.com
María Pacheco	3051402	mari199119@hotmail.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ portadora de la C.I. _____ una vez que he sido informada sobre el tipo de estudio que se va realizar el propósito, beneficio, opciones, derechos que tengo; estoy clara y consciente de mi participación por consiguiente DOY EL CONSENTIMIENTO para que se obtenga la información.

.....

Firma
Participante

.....

Firma
Investigadora M. Naula

.....

Firma
Investigadora M. Pacheco

Fecha.....



ANEXO N° 2: Asentimiento Informado

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ASENTIMIENTO INFORMADO

Factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal.

Azogues, 2017.

Yo Mayra Alexandra Naula Zhangallimbay portadora de la C.I 0301935573 estudiante de la carrera de enfermería y María Auxiliadora Pacheco Marca portadora de la C.I 0106940125, egresada de la carrera de enfermería solicitamos su colaboración para que su representada participe en el presente estudio.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ portadora de la C.I. _____ una vez que mi representante legal ha otorgado el consentimiento para mi participación en el presente estudio, estaré presto a colaborar en la recolección de datos.

.....
Nombre o firma

Fecha.....

Nota: En caso de no constar su firma ponga su nombre.



ANEXO N° 3: Encuesta

UNIVERSIDAD DE CUENCA CARRERA DE ENFERMERÍA ENCUESTA

Buenos días, les saludan las estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca. La finalidad de la presente encuesta es obtener información sobre los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal en el Centro de Salud Azogues, por lo cual, solicitamos su colaboración, poniendo a su conocimiento que esta encuesta es de carácter anónimo ya que la investigación tiene exclusivamente fines académicos.

1. Factores Sociales

TEST DE QUELOPANA

El test validado por Quelopana identifica aquellos factores sociales de los individuos, es decir aquellas características o condiciones que afectan a los seres humanos, dentro de un determinado tiempo y espacio. Este test fue adaptado a las necesidades del presente estudio.

1.1. ¿Edad actual?

_____ Años

1.2. ¿Estado civil?

- ☐ Casada
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Separada
- ☐ Unión libre
- ☐ Soltera

1.3. ¿Cuál es su nivel de educación actual?

- ☐ Primaria Incompleta
- ☐ Primaria completa
- ☐ Secundaria Incompleta
- ☐ Secundaria completa
- ☐ Tercer nivel
- ☐ Ninguna

1.4. ¿Ocupación actual?

- ☐ Trabaja
- ☐ Estudia
- ☐ Ama de casa
- ☐ Bajo dependencia de la familia

1.5. ¿Lugar de residencia?



- ☐ Rural
☐ Urbana

¿En dónde? _____

1.6. Niveles Socioeconómico del hogar

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1.6.1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?

	Puntuación
<input type="checkbox"/> Suite de lujo.....	59
<input type="checkbox"/> Cuartos(s) en casa inquilinato.....	59
<input type="checkbox"/> Departamento en casa o edificio.....	59
<input type="checkbox"/> Casa / Villa.....	59
<input type="checkbox"/> Mediagua.....	40
<input type="checkbox"/> Rancho.....	4
<input type="checkbox"/> Otro.....	0

1.6.2. ¿El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es?

	Puntuación
<input type="checkbox"/> Hormigón.....	59
<input type="checkbox"/> Ladrillo o bloque.....	55
<input type="checkbox"/> Adobe, tapia.....	47
<input type="checkbox"/> Madera.....	17
<input type="checkbox"/> Otros materiales.....	0

1.6.3. ¿El material predominante del piso de la vivienda es?

	Puntuación
<input type="checkbox"/> Duela, piso flotante	48
<input type="checkbox"/> Cerámica, baldosa.....	46
<input type="checkbox"/> Ladrillo o cemento.....	34
<input type="checkbox"/> Tabla sin tratar.....	32
<input type="checkbox"/> Tierra, otros materiales.....	0

1.6.4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tienen su hogar?

	Puntuación
<input type="checkbox"/> No posee cuarto de baño exclusivo en su hogar...	0
<input type="checkbox"/> Tiene 1 cuarto de baño exclusivo en su hogar.....	12
<input type="checkbox"/> Tiene 2 cuartos de baño exclusivo en su hogar.....	24
<input type="checkbox"/> Tiene 3 cuartos de baño exclusivo en su hogar.....	32

**1.6.5. ¿El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es?**

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No Tiene.....	0
<input type="checkbox"/> Letrina.....	15
<input type="checkbox"/> Con descarga directa al río o quebrada.....	18
<input type="checkbox"/> Conectado a un pozo ciego.....	18
<input type="checkbox"/> Conectado a un pozo séptico.....	22
<input type="checkbox"/> Conectado a red pública de alcantarillado.....	38

ACCESO A TECNOLOGÍA**1.6.6. ¿Tiene este hogar servicio de internet?**

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	45

1.6.7. ¿Tiene computadora de escritorio?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	35

1.6.8. ¿Tiene computadora portátil?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	39

1.6.9. ¿Cuántos celulares activos tiene este hogar?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No tiene celular nadie en este hogar.....	0
<input type="checkbox"/> Tiene 1 celular.....	8
<input type="checkbox"/> Tiene 2 celulares.....	22
<input type="checkbox"/> Tiene 3 celulares.....	32
<input type="checkbox"/> Tiene 4 celulares o más.....	42

POSESIÓN DE BIENES**1.6.10. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?**

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	19

1.6.11. ¿Tiene cocina?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	29

**1.6.12. ¿Tiene refrigeradora?**

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	30

1.6.13. ¿Tiene lavadora?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	18

1.6.14. ¿Tiene equipo de sonido?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	18

1.6.15. ¿Cuántos tv tiene en el hogar?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No tiene.....	0
<input type="checkbox"/> Tiene 1 TV.....	9
<input type="checkbox"/> Tiene 2 TV.....	23
<input type="checkbox"/> Tiene 3 TV o más.....	34

1.6.16. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No tiene.....	0
<input type="checkbox"/> Tiene 1 vehículo.....	6
<input type="checkbox"/> Tiene 2 vehículos.....	11
<input type="checkbox"/> Tiene 3 vehículos o más.....	15

HÁBITOS DE CONSUMO**1.6.17. ¿Alguien del hogar compra vestimenta en centros comerciales?**

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	6

1.6.18. ¿En el hogar alguien ha utilizado internet en los últimos seis meses?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	26

**1.6.19. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico personal?**

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	27

1.6.20. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	28

1.6.21. ¿En el hogar alguien ha leído un libro completo en los últimos 3 meses?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	12

NIVEL DE EDUCACIÓN**1.6.22. ¿Cuál es el nivel de educación del jefe de hogar?**

Puntuación	
<input type="checkbox"/> Sin estudios	0
<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	21
<input type="checkbox"/> Primaria completa	39
<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta	41
<input type="checkbox"/> Secundaria completa	65
<input type="checkbox"/> Hasta tres años de educación superior	91
<input type="checkbox"/> 4 o más años de educación superior	127
<input type="checkbox"/> Post grado	171

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL HOGAR**1.6.23. ¿Alguien del hogar posee seguro de vida público?**

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	39

1.6.24. ¿Alguien del hogar posee seguro de vida privado?

Puntuación	
<input type="checkbox"/> No.....	0
<input type="checkbox"/> Sí.....	55

**1.6.25. ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?**

	Puntuación
<input type="checkbox"/> Cargos públicos.....	76
<input type="checkbox"/> Profesionales científicos e intelectuales.....	69
<input type="checkbox"/> Técnicos y profesionales de nivel medio.....	46
<input type="checkbox"/> Empleados de oficina.....	31
<input type="checkbox"/> Trabajadores de los servicios y comerciales.....	18
<input type="checkbox"/> Trabajadores agropecuarios y pesqueros.....	17
<input type="checkbox"/> Oficiales operativos y artesanos.....	17
<input type="checkbox"/> Operadores de instalaciones y máquinas.....	17
<input type="checkbox"/> Trabajadores no calificados.....	0
<input type="checkbox"/> Fuerzas armadas.....	54
<input type="checkbox"/> Desocupados.....	14
<input type="checkbox"/> Inactivos.....	17

Puntuación final =

Grupo socioeconómico	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1.000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

2. Factores psicológicos

Representan aquellos pensamientos, sentimientos, actitudes u otras características cognitivas o afectivas de una persona que influyen en su comportamiento pleno

2.1. Test de Rosenberg (Autoestima)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.



Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo

Sentimiento de satisfacción	A	B	C	D
	4	3	2	1
1. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
2. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
3. En general estoy satisfecha de mí mismo/a				
4. Siento de lo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
5. En general me inclino a pesar de que soy un fracasado/a				
6. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a				
7. Hay veces que realmente pienso que soy inútil				
8. A veces creo que no soy buena persona.				

2.2. Test STAI evalúa el concepto independiente de la ansiedad como rasgo (a/r).

SENTIMIENTO - ANSIEDAD COMO ESTADO (A/E)	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy seguro)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy <<atado>> (como oprimido)				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				



SENTIMIENTO - ANSIEDAD COMO ESTADO (A/E)	Nada	Algo	Bastante	Mucho
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí misma				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecho				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

3. Control prenatal

3.1. Meses de gestación

- ☐ De 1 a 3 meses
- ☐ De 4 a 6 meses
- ☐ De 7 a 9 meses

3.2. Asistencia al control prenatal

- ☐ Sí
- ☐ No

3.3. Inicio del control prenatal

- ☐ 1 mes
- ☐ 2 meses
- ☐ 3 meses
- ☐ 4 meses
- ☐ 5 meses
- ☐ >6 meses



- ☐ No lo ha iniciado

3.4. Uso adecuado e inadecuado

- ☐ Adecuado
☐ Inadecuado

3.5. Razón de asistencia al Control Prenatal

- ☐ Para detectar alteraciones
☐ Recomendación
☐ Revisar estado de mi embarazo
☐ Proteger mi salud y la de mi hijo

3.6. Razón de inasistencia

- ☐ Creía que no necesitaba porque había tenido hijos sin problemas
☐ Perdí la cita y no fui más
☐ Creo que es muy temprano para asistir

3.7. ¿Usted recibió educación en el centro y/o comunidad sobre Control Prenatal?

- ☐ Sí
☐ No

3.8. En el que caso de que la recibió fue por parte de:

- ☐ Médico/a
☐ Enfermera/o
☐ Nutricionista
☐ Odontólogo/a
☐ Psicólogo/a

3.9. Marque con una X la opción que usted considere se acerca más a lo que usted percibió.

SANADOR COMPASIVO				
ITEM	Nunca	Algunas veces si algunas no	La mayoría de veces	Siempre
1. ¿La hizo sentir bien?				
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?				
3. ¿La escucho con atención?				
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?				
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?				
6. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?				
7. ¿Demostró que estaba preparada(o) para hacer su trabajo?				
SANADOR COMPETENTE				
ITEM	Nunca	Algunas veces si	La mayoría	Siempre



		algunas no	de veces	
8. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?				
9. ¿Fue respetuosa (o) con usted?				
10. ¿Le brinda ayuda y colaboración?				
11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?				
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?				
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?				
14. ¿Fue amable con usted?				
15. ¿La trato como persona?				

4. Beneficios y barreras del control prenatal

BENEFICIOS

4.1. Por favor dígame si esa razón la hizo iniciar o no el cuidado prenatal.

Usted inició el cuidado prenatal...

	Sí	No
a) Para aprender cómo proteger la salud.....	1	0
b) Porque tenía miedo de tener problemas durante el embarazo sin cuidado prenatal.....	1	0
c) Para hablar con alguien acerca de su embarazo.....	1	0
d) Para aprender mejores hábitos de salud.....	1	0
e) Para aprender acerca del trabajo de parto y el parto....	1	0
f) Para tener un bebé sano.....	1	0

4.2. ¿Puede trasladarse fácilmente para sus citas de cuidado prenatal?

Sí.....1

No.....0

4.2.1. ¿Cómo llegó a esta cita prenatal?

Caminando..... 1

Camión..... 2

Automóvil..... 3

Taxi..... 4

Metro..... 5

Otro..... 6

Especifique: _____

4.2.2. ¿Cuánto le llevó trasladarse a esta cita prenatal?

_____ Horas y _____ 1

Minutos.....



No 2
sé.....

4.3. ¿Son las horas de la clínica adecuadas para usted?

Sí.....1
No.....0

4.4. ¿Fue fácil conseguir una cita?

Sí.....1
No.....0

4.5. ¿Cree que los servicios de la clínica son buenos?

Sí.....1
No.....0

4.5.1. ¿Hay algún otro servicio que le gustaría tener en esta clínica?

Sí.....1 Especifique: _____

→

No.....0

4.5.2. ¿Hay otras cosas que motivaron o hicieron más fácil para usted iniciar el cuidado prenatal?

Sí.....1 Especifique: _____

→

No.....0

4.6. ¿Tiene preferencia por el sexo de su doctor?

Sí.....1

No.....1 PASE A la PREGUNTA 4.7

→

4.6.1. ¿De qué sexo preferiría que fuera su doctor?

Masculino..... 1

Femenino..... 2

4.6.2. ¿Inició más tarde el control prenatal debido al sexo de su doctor?

Sí.....1



No.....0

ACTITUD SOBRE EL EMBARAZO Y EL CUIDADO PRENATAL**4.7. Dígame si alguna de estas cosas le ocurrió o sintió usted durante este embarazo:**

	Sí	No
a) Acudió tarde para la prueba de embarazo.....	1	0
b) No pensaba que necesitara cuidado prenatal.....	1	0
c) Prefiere acudir a emergencias cuando hay un problema..	1	0
d) Puede acudir sola durante el embarazo.....	1	0
e) Es suficiente con los consejos acerca del embarazo que recibe de su familia y amigos.....	1	0
f) No quería que la gente supiera que estaba embarazada..	1	0
g) El embarazo no fue planeado.....	1	0
h) No estaba feliz por estar embarazada.....	1	0
i) Estaba pensando en abortar.....	1	0
j) Usted estaba ocupada en otras responsabilidades por lo que no podía asistir a control prenatal.....	1	0
k) Usted no sabía que estaba embarazada.....	1	0

BARRERAS PERSONALES**4.8. Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado más tarde de los que planeaba:**

	Sí	No
a) Porque no se sentía bien.....	1	0
b) Por problemas familiares.....	1	0
c) Por problemas con su esposo o novio.....	1	0
d) Porque había estado bajo estrés.....	1	0
e) Porque estaba deprimida.....	1	0
f) Por problemas personales.....	1	0
g) Porque no estaba pensando claramente en ello.....	1	0

BARRERAS

**4.9. Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado prenatal más tarde de lo que planeaba:**

	Sí	No
a) No tenía dinero para pagar el cuidado prenatal.....	1	0
b) No tenía seguridad social de salud.....	1	0
c) No sabía que podía conseguir ayuda para pagar el cuidado prenatal.....	1	0
d) No sabía dónde podría obtener cuidado prenatal.....	1	0
e) No le gustó la actitud del personal de la clínica.....	1	0
f) No pensaba que podría comunicarse con el personal.....	1	0
g) Tenía miedo o no le gustan las pruebas médicas exámenes.....	1	0
h) No le gustan los trabajadores de salud.....	1	0

4.10. Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado prenatal más tarde de lo que planeaba:

	Sí	No
a) No podía encontrar cita.....	1	0
b) Su cita fue cancelada por la clínica.....	1	0
c) Las horas de la clínica son inadecuadas para usted.....	1	0
d) Tiene que esperar mucho para conseguir una cita.....	1	0
e) Tenía problemas de transportes.....	1	0
f) Usted olvidó la cita.....	1	0
g) No consiguió permiso en su trabajo.....	1	0
h) Tenía que esperar mucho en la sala de espera.....	1	0
i) Se cambió de casa.....	1	0
j) No tenía dónde vivir.....	1	0
k) Estaba asustada de los delincuentes cerca de la clínica o de su casa.....	1	0

4.11. ¿Hay alguna otra cosa que hiciera que empezara el cuidado prenatal más tarde (de lo planeado)?

Sí.....1

→

No.....0

Especifique**MUCHAS GRACIAS**



ANEXO N° 4: Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que la gestante ha vivido a partir de su nacimiento	Tiempo transcurrido	Grupo de edad	Tipo: Ordinal <ul style="list-style-type: none"> Adolescente tardío (15 a 19 años) Adulto joven (20 a 34 años) Adulto maduro (35 años o más)
Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Condición de la mujer gestante en el orden social.	Estados civiles	Tipo: Nominal <ul style="list-style-type: none"> Casada Divorciada Viuda Separada Unión de hecho Soltera
Nivel económico	Refiere a la capacidad económica y sociológica de una persona obtenida a partir de los ingresos, educación y empleo	Social	Grupos socioeconómicos	Tipo: Ordinal <ul style="list-style-type: none"> A (alto) B (medio alto) C+ (medio típico) C- (medio bajo) D (bajo)
Nivel de instrucción	Grado de estudio alcanzado por una persona.	Grado de estudio	El Nivel de instrucción de las gestantes	Tipo: Ordinal <ul style="list-style-type: none"> Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Tercer nivel Ninguna
Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada.	Oficio o profesión de la mujer gestante	Situación de ocupación actual	Tipo: Nominal <ul style="list-style-type: none"> Trabaja Estudia Ama de casa Bajo dependencia de la familia
Control prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal.	Visita programada de la mujer gestante al centro de salud.	Asiste al control prenatal	Tipo: Nominal <ul style="list-style-type: none"> Sí No
Edad Gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio.	Duración del embarazo expresada en semanas completas al primer control.	Trimestre según de semanas gestación	Tipo: Ordinal <ul style="list-style-type: none"> Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Inicio del control prenatal	Primera visita de la mujer gestante al control prenatal.	Primera visita con el equipo medico	Inicio del control	Tipo: Nominal ▪ Precoz ▪ Tardío
Tiempo para llegar al Centro de Salud	Periodo determinado entre el hogar y la llegada al Centro de Salud.	Tiempo	Minutos	Tipo: Numérica ▪ Hasta 20 minutos ▪ De 21 a 40 minutos ▪ Más de 40 minutos
Ansiedad	Es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto.	Psicológico	Test de: Ansiedad–rasgo Ansiedad–estado	Tipo: Ordinal Niveles de ansiedad: ▪ Bajo (≤ 30) ▪ Medio (30-44) ▪ Alto (≥ 45)
Autoestima	Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.	Psicológico	Nivel de autoestima según de Test de Rosenberg	Tipo: Ordinal ▪ Menos de 25 puntos: autoestima baja ▪ De 26 a 29 puntos: autoestima media ▪ De 30 a 40 puntos: autoestima alta



ANEXO N° 5: Cronograma de Actividades

Actividad resultado	Tiempo en Meses					
	1	2	3	4	5	6
Elaboración del Protocolo.						
Recopilación y adaptación del material bibliográfico.						
Aplicación del instrumento de medición (encuesta)						
Tabulación de datos y presentación de los resultados.						
Elaboración y Presentación del borrador de la tesis						
Entrega del Informe final de para su aprobación respectiva						